

به نام خداوند جان و خرد

ندا عسگریان

دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری سالمندی

پاییز ۱۳۹۵



Original Research

Factors associated with health-related quality of life: the role of social relationships among the elderly in an Italian region

A.G. de Belvis^{a,*}, M. Avolio^a, A. Spagnolo^b, G. Damiani^a, L. Sicuro^a,
A. Cicchetti^c, W. Ricciardi^a, A. Rosano^b

مقاله پژوهشی

با عنوان

عوامل مربوط به کیفیت بهداشت و سلامتی: نقش روابط اجتماعی در میان افراد مسن
در یک منطقه از ایتالیا

کلید واژه ها

- شبکه اجتماعی
- ارتباطات اجتماعی
- کیفیت زندگی وابسته به سلامت
- SF-12
- سالمندی
- ایتالیا

KEYWORDS

Social network;
Social relationships
Health-related
quality of life;
SF-12;
Elderly;
Italy

زمینه

• شبکه های اجتماعی

✓ مزایا

✓ معایب

Social networks¹ are defined as stable but evolving relational fabrics constituted by family members, friends and acquaintances, work and study connections, and relations that evolve out of each individual participation in formal and informal organizations. Inside any social network, nodes are linked by relationships of reciprocity.² People embedded into social networks are strengthened in a social role³ and are likely to have lower mortality rates from cardiovascular diseases, accidents, suicides and all causes.⁴

پیشینه تحقیق

■ حمایت از ارتباط روابط اجتماعی و وضعیت

سلامتی

■ کمبود تحقیقات در کشورهای جنوب اروپا

Extensive research on the elderly supports the relationship between old age, social relationships and health status.⁵⁻¹¹ Nevertheless, in Europe, the measurement of social ties/relationships among the elderly is still heterogeneous, and research is scarce or lacking in countries in southern Europe.¹²

Ageing is a phenomenon of developed countries all over the world. In Italy, the elderly population has been increasing steadily, and represented 19.2% of the entire Italian population in 2003. In the same year, Italy had the highest elderly (≥ 65 years)/young (< 15 years) ratio in the European Union (135.9:100; European average in 2003 was 105.7:100).¹³

دلایل لزوم انجام

افزایش سن

شدت این مشکل در ایتالیا

بحران سیاسی و اقتصادی مقامات در ایتالیا

The growing size of the elderly population is increasing pressure on public and private health care, and causing great anxiety and concern to policy makers using Beveridge model and Bismarck model healthcare delivery systems. Even in Mediterranean countries, such as Italy, where the elderly used to depend on their families for care, the increase in the number of smaller and less stable family structures risks undermining family networks of solidarity, and means that it will be difficult for families to continue to provide health care. Consequently, if the number of people requiring long-term care increases, and given the rise in the employment rate for women (i.e. the primary informal care providers), specific measures will have to be taken. The factors related to how provision is organized¹⁴ and the relationship between social ties and health-related quality of life (HRQL) in the elderly are thus crucially important in this context.

Furthermore, since the 1990s, Italy has been facing a process of devolution of political power and financial authority, thus providing regions with a larger degree of autonomy in policy making, healthcare management and resource allocation, and increasing the risk of unequal access to health services as well as significant differences in health status throughout the country.¹⁵

This study analysed Lazio region, which had a population of 5,302,000 on 31 December 2000 (total population of Italy 57,844,017). Lazio region includes Rome, the most crowded metropolitan area in Italy. On 31 December 2000, there were 802,669 elderly in Lazio region and 10,555,935 elderly in Italy.¹³

The aim of this study was to investigate the association between social relationships and HRQL among a sample of 1601 individuals aged 60 years or more living in Lazio region in 1999–2000.

هدف □

➤ بررسی ارتباط بین روابط اجتماعی و HRQL

طراحی و عناوین مطالعه

□ استخراج داده ها

□ ۲ پرسشنامه

■ متغیرهای دموگرافیک

■ اطلاعات وضعیت بهداشتی

Study design and subjects

Data were extracted from the 'Health conditions and access to health services survey'; a national cross-sectional survey undertaken by the Italian Institute of Statistics (ISTAT) between September 1999 and June 2000.¹⁶ This survey is an essential observation tool of the population's health conditions and access to healthcare services. Data were collected using two questionnaires. The first questionnaire examined demographic conditions, education, region of residence and household status, and the second questionnaire gathered information on health status, lifestyle and health service use, broken down by type of service, disabilities and networks of aid received by the family. The present study focused on a sample of 1601 individuals aged 60 years or more living in Lazio region in 1999–2000. The national sample included 52,332 households, comprising 140,011 people in 1463 municipalities.

Study variables

The information on social relationships was obtained from questions investigating: marital status; living alone; frequency of visiting/seeing relatives (sons/daughters, parents, brothers, nephews, etc.); frequency of visiting/seeing friends; and excessive mean distance between own and relatives' homes. The scores for 'frequency of visiting/meeting relatives' and 'frequency of visiting/meeting friends' were divided into tertiles, with the first tertile representing the lowest frequency and the third tertile representing the highest frequency. Physical and mental status were assessed using Short Form-12.¹⁷

متغیرها

- وضعیت تأهل
- زندگی به تنهایی:
- میزان دیدار با دوستان و بستگان
- فاصله بین خانه فرد و خانه بستگان او
- وضعیت های روحی و جسمی افراد (SHORT FORM-12)

ادامه متغیرها

• متغیرهای جمعیت شناختی

• سبک زندگی

• خودارزیابی وضعیت سلامتی و ناتوانی

- *sociodemographic*: gender, age (60–74, 75+ years), educational level (no formal education, primary, secondary and university), size of town of residence (<5000, 5000–500,000, over 500,000 inhabitants, i.e. Rome), marital status (married vs single, separated, divorced or widowed), living alone (yes, no), self-assessment of household income (good, adequate, inadequate, absolutely inadequate);
- *lifestyle*: tobacco use (smoker, ex-smoker, never smoker), regular physical activity (yes, no), use of leisure time for recreational or religious activities (yes, no); and
- *self-reported health status and disability*: chronic diseases (including diabetes mellitus, hypertension, chronic bronchitis, acute myocardial infarction, angina pectoris, other heart diseases, cataract, osteoarthritis, malignant neoplasms, Alzheimer's, Parkinson's, epilepsy and other memory disorders) diagnosed by a general practitioner (GP) (none, at least one, more than one chronic disease), occurrence of disease in the last 4 weeks (yes, no), reduced autonomy due to chronic disease (no; yes, sometimes; yes, often).

آنالیز داده ها

Data analysis

As for HRQL, results obtained for scales of SF-12 received a numerical score that was standardized and ranked on a scale from 0 to 100,^{18,19} with higher values associated with better health. Physical (PSC) and mental summary components (MSC) were categorized as dichotomous variables by considering values above and below the median. The influence of a group of selected variables on PSC and MSC was investigated using a logistic regression model, and all explicative variables were modelled as dummies. At first, each relationship was assessed by univariate analysis. When an odds ratio (OR) is significantly higher than 1, the variable is likely to be associated with a higher score; when an OR is significantly less than 1, the variable is likely to be associated with a lower score. The adjusted OR was calculated in a multivariate model, with the score for each of the SF-12 scales as the dependent variable (MSC and PSC), and the principal independent variables being those that were statistically significant on univariate analysis. Variables included in the final model were selected using stepwise logistic regression, and terms with $P \geq 0.2$ were removed from the model. A Hosmer-Lemeshow test²⁰ was further applied to assess the goodness of fit of the logistic regression model.

Interaction effects were tested among some selected independent variables.²¹ Analysis was

performed using Statistical Package for the Social Sciences, Version 12.

❑ رگرسیون خطی

❑ بررسی متغیرهای مستقل

❑ رگرسیون لجستیک مرحله ای

❑ تست Homer-Lemeshow

❑ آنالیز با ورژن ۱۲ پکیج آماری علوم اجتماعی (SPSS)

Table 1 Descriptive statistics of the sample, by physical (PSC) and mental (MSC) summary components.

	PSC	MSC
Age (mean, SD)		
60–74	45.66 (10.32)	48.74 (10.41)
75+	38.74 (11.98)	44.83 (11.86)
Size of town of residence (number of inhabitants, mean, SD)		
> 500,000	43.63 (11.41)	47.95 (10.46)
50,000–500,000	46.57 (9.95)	50.33 (9.16)
< 50,000	42.74 (11.48)	46.67 (11.59)
Tobacco use (mean, SD)		
Smoker	46.49 (10.03)	48.02 (10.34)
Ex-smoker	42.87 (11.43)	47.68 (11.32)
Never smoker	43.02 (11.49)	47.24 (11.07)
Regular physical activity (mean, SD)		
No	42.59 (11.52)	47.10 (11.19)
Yes	45.34 (10.20)	49.10 (10.52)
Marital status (mean, SD)		
Married	44.15 (11.07)	48.27 (10.73)
Other groups	42.52 (11.67)	46.41 (11.41)
Living alone (mean, SD)		
No	43.80 (11.28)	47.96 (10.85)
Yes	42.67 (11.45)	46.33 (11.48)
Excessive mean distance between home and relatives' homes (mean, SD)		
No	43.89 (11.30)	47.63 (10.98)
Yes	42.09 (11.35)	47.13 (11.26)
Frequency of seeing/meeting friends (mean, SD)		
I tertile	39.45 (12.12)	45.15 (11.90)
II tertile	42.39 (11.23)	46.89 (11.38)
III tertile	45.48 (10.70)	48.67 (10.38)
Frequency of seeing/meeting relatives (mean, SD)		
I tertile	42.45 (11.51)	46.31 (11.58)
II tertile	42.39 (11.57)	47.04 (11.49)
III tertile	44.57 (11.04)	48.37 (10.46)
Leisure time for religious activities in the last 3 months (mean, SD)		
No	42.90 (11.60)	47.28 (11.23)
Yes	46.09 (9.71)	48.55 (10.08)
Leisure time for recreational activities in the last 3 months (mean, SD)		
No	42.28 (11.50)	46.71 (11.42)
Yes	48.42 (9.12)	50.81 (8.59)

SD, standard deviation.

Table 2 SW logistic regression model relating size of town, age, gender, self-assessment of income, chronic diseases, reduced autonomy due to chronic disease, disease occurrence and mental summary components.

Description	SE	P-value	OR	95%CI
Size of town of residence (number of inhabitants)				
> 500,000			1	
50,000–500,000	0.19	0.059	1.44	0.99–2.09
< 50,000	0.12	0.171	0.84	0.66–1.08
Age (years)				
60–74			1	
75+	0.12	0.002**	0.68	0.54–0.87
Gender				
Male			1	
Female	0.11	0.002**	0.71	0.57–0.89
Self-assessment of household income				
Good			1	
Adequate	0.57	0.037*	0.31	0.10–0.93
Inadequate	0.57	0.013*	0.24	0.08–0.74
Absolutely inadequate	0.62	0.004**	0.17	0.05–0.60
Chronic medical condition				
No chronic diseases			1	
One chronic disease	0.14	0.003**	0.65	0.49–0.86
More than one chronic disease	0.14	0.001**	0.61	0.46–0.80
Occurrence of disease in the last 4 weeks				
No			1	
Yes	0.12	0.000**	0.50	0.40–0.63
Reduced autonomy due to chronic disease				
No			1	
Yes, sometimes	0.19	0.014*	0.62	0.42–0.91
Yes, often	0.21	0.000**	0.31	0.21–0.47

SE, standard error; OR, odds ratio; CI, confidence interval.

* $P < 0.05$.

** $P < 0.01$.

Table 3 SW logistic regression model relating educational level, age, gender, marital status, self-assessment of household income, chronic diseases, reduced autonomy due to chronic disease, disease occurrence, frequency of seeing/meeting relatives, excessive mean distance between home and relatives' homes, and physical summary components.

Description	SE	P-value	OR	95%CI
Educational level				
No formal education			1	
Primary	0.16	0.015*	1.49	1.08–2.05
Secondary	0.27	0.000**	3.13	1.86–5.27
University	0.34	0.016*	2.28	1.16–4.47
Age (years)				
60–74			1	
75+	0.15	0.000**	0.54	0.41–0.72
Gender				
Male			1	
Female	0.14	0.003**	0.68	0.52–0.88
Marital status				
Married			1	
Other groups	0.14	0.011*	0.67	0.53–0.92
Self-assessment of household income				
Good			1	
Adequate	0.49	0.519	0.73	0.28–1.92
Inadequate	0.50	0.112	0.45	0.17–1.21
Absolutely inadequate	0.58	0.048*	0.32	0.10–0.99
Chronic medical condition				
No chronic diseases			1	
One chronic disease	0.16	0.000**	0.56	0.41–0.77
More than one chronic disease	0.16	0.000**	0.29	0.21–0.40
Occurrence of disease in the last 4 weeks				
No			1	
Yes	0.13	0.000**	0.34	0.26–0.44
Reduced autonomy due to chronic disease				
No			1	
Yes, sometimes	0.26	0.000**	0.16	0.09–0.26
Yes, often	0.33	0.000**	0.07	0.04–0.13
Frequency of seeing/meeting relatives				
III tertile			1	
I tertile	0.18	0.036*	0.69	0.48–0.98
II tertile	0.16	0.730	1.06	0.77–1.45
Excessive mean distance between home and relatives' homes				
No			1	
Yes	0.15	0.036*	0.73	0.54–0.98

SE, standard error; OR, odds ratio; CI, confidence interval.

* $P < 0.05$.

** $P < 0.01$.

Discussion

Epidemiological findings give evidence for the role of social interactions on health among the elderly, e.g. on physical morbidity²² as well as mental ill health.²³ By investigating the role of social relationships among the elderly in Italy, this analysis adds new findings to previous research undertaken in the Mediterranean area.^{24,25}

- نقش روابط اجتماعی در سلامتی افراد
- ارتباط سن ۷۵ ساله و بالاتر = ضعف جسمی و فیزیکی
- نقش خودارزیابی سطح درآمدی و تحصیلات
- سطح تحصیلات پایین = طبقه اقتصادی اجتماعی پایین تر
- کاهش نمرات MSC&PSC
- کاهش نمره سلامت فیزیکی
- بررسی بیشتر عوامل مخرب تأثیرگذار بر روابط اجتماعی

محدودیت ها

A limitation of this study was its design; cross-sectional data are confined to describing associations, and need to be tracked over time to assess the direction of the relationship. Regarding the period of analysis, the national sample size was 52,332 households, containing 140,011 people in 1463 municipalities.³⁴ Data were collected between 1999 and 2000, so may not reflect current patterns.

The analysis partially confirmed that better social support is beneficial to physical and mental health, and associated with lower levels of anxiety and depression.

A possible bias could be related to the features of ecological studies and their well-recognized limits, as well as their role in defining public health problems and in generating hypotheses on their potential causes.³⁶ As people become frail and need more help, the network size often increases, thus confounding associations between support and well-being. In addition, such a study would show that it is possible that poor physical (e.g. disabilities) or mental (e.g. depression) functioning might make the individual unfit or unable to become part of a social network.²⁴

As other studies have suggested, it would be useful to determine causation between the 'exposure' (frequent social relationships) and the 'outcome' (better HRQL among older adults) variables. This causation may be difficult to assess, particularly over extended time frames, as loneliness and lack of support are likely to be both causes and consequences of disease.³⁷

Longitudinal studies are needed to clarify the relationship between social networks and illness/disability-related variables, taking into account healthcare utilization,^{38,39} and how social networks contribute.

- طراحی
- عدم استفاده از آمار ۱۹۹۹ تا ۲۰۰۰ برای امروز
- امتناع و عدم حضور پاسخگو
- عدم بررسی همه قسمت ها و ویژگی های ساختار و روابط اجتماعی افراد مسن
- ارزیابی وابستگی های اجتماعی و مشارکت اجتماعی

ارزیابی شواهد و مدارک

Introduction

Social networks¹ are defined as stable but evolving relational fabrics constituted by family members, friends and acquaintances, work and study connections, and relations that evolve out of each individual participation in formal and informal organizations. Inside any social network, nodes are linked by relationships of reciprocity.² People embedded into social networks are strengthened in a social role³ and are likely to have lower mortality rates from cardiovascular diseases, accidents, suicides and all causes.⁴

۱. پیش زمینه مقاله:

• هدف مقاله چیست؟

✓ بررسی ارتباط بین روابط اجتماعی و HRQL

• فرضیه ای که تحقیق را پشتیبانی می کند، چیست؟

✓ روابط اجتماعی بر کیفیت زندگی وابسته به سلامتی، تأثیر مثبت دارد.

Methods

Study design and subjects

ارزیابی شواهد و مدارک

۲. طرح تحقیق

- معیار ورود به تحقیق چیست؟
 - ✓ The present study focused on a sample of 1601 individuals aged 60 years or more living in Lazio region in 1999–2000.
- آینده نگر یا گذشته نگر است؟
 - ✓ گذشته نگر
- انتخاب نمونه ها، تصادفی یا غیر تصادفی است؟
 - ✓ غیر تصادفی
- روش های کنترل متغیرها چگونه بوده است؟
 - ✓ همسان سازی
- آیا روش استفاده شده، مناسب است؟
 - ✓ استفاده از مرکز آمار و تکمیل پرسشنامه غیرحضوری روش مناسبی نبوده و قابل تعمیم به جامعه کنونی پژوهش نمی باشد.

ارزیابی شواهد و مدارک

Study variables

The information on social relationships was obtained from questions investigating: marital status; living alone; frequency of visiting/seeing relatives (sons/daughters, parents, brothers, nephews, etc.); frequency of visiting/seeing friends; and excessive mean distance between own and relatives' homes. The scores for 'frequency of visiting/meeting relatives' and 'frequency of visiting/meeting friends' were divided into tertiles, with the first tertile representing the lowest frequency and the third tertile representing the highest frequency. Physical and mental status were assessed using Short Form-12.¹⁷

۳. اجرای تحقیق

- آیا اندازه نمونه، کافی است؟

✓ بله

- آیا متغیرهای مداخله گر، وجود دارند؟

✓ بله و امکان کنترل آن نیز وجود نداشته است.

- میزان از دست رفتن نمونه ها در تحقیق چقدر بود و آیا پیگیری، کافی بوده است؟

✓ نمونه ها از سازمان آمار ایتالیا در برهه زمانی قبل از زمان پژوهش مورد نظر بوده است و امکان پیگیری نمی باشد.

- آیا روش های آماری مناسب بوده است؟

✓ بله

ارزیابی شواهد و مدارک

Results

In total, 1601 residents of Lazio region were selected from the national sample of 33,744 non-institutionalized people aged 60 years or more who took part in the ISTAT multipurpose survey in 1999–2000.

Most of the study sample were female (55%), married (59.6%) and did not live alone (72.9%). Twenty-five percent of the sample seldom or never saw their family, and 16% seldom or never saw their friends. Table 1 shows a slight gradient between MSC and tertiles of increasing frequency of seeing friends and family, and between PSC and tertiles of increasing frequency of seeing friends.

In total, 69.9% of the sample reported that they had been diagnosed with one or more chronic diseases by their GP, and 41.6% had suffered from diseases or health problems in the previous 4 weeks. Among the sample, 20% gave a positive answer to the question about reduced autonomy due to chronic disease.

۴. ارزیابی نتیجه گیری

- آیا یافته های تحقیق، نتیجه گیری ها را حمایت می کند؟

✓ بله

- کاربرد نتایج چگونه است؟

✓ در جهت برنامه های مراقبتی، آموزشی، درمانی.

ارزیابی شواهد و مدارک

Therefore, identification of the determinants of poor social relationships may require further study, widening the sample population from a regional to a national or wider extent.

۵. کاربرد تحقیق

- آیا اطلاعات برای عملکرد، مفید هستند؟

✓ بله. با توجه به نتایج به دست آمده می توان در جهت برنامه ریزی و آموزش اقدام نمود.

- آیا ایده هایی را برای تحقیقات آینده، ارائه می دهند؟

✓ بله. با توجه به محدودیت ها و نیز نتایج جستجای دستیابی به راهکارهای مناسب جهت حل مسأله می توان به پژوهش های آتی اقدام نمود.

کمی سازی میزان رعایت شاخص ها

عنوان	ویژگی های مورد ارزیابی	امتیاز
عنوان مقاله	۱. عنوان مقاله منعکس کننده محتوا و متغیرهای آن است.	۶
	۲. عنوان حاوی کلید واژه هاست و امکان بازیابی آن وجود دارد.	۵
	۳. در عنوان از اختصارات مبهم و کلمات نامأنوس استفاده نشده است.	۳
	۴. عنوان مقاله جامع و مانع و گویاست و هیچ ابهامی ندارد.	۲
	۵. از به کار بردن کلمات اضافه در عنوان پرهیز شده است.	۱
	۶. دارای جذابیت برای جذب مخاطب است.	۱
	۷. عنوان به صورت فشرده و در ذهن قابلیت ماندگاری دارد.	۱
	جمع امتیازات حاصل از نقد	۱۹

امتیاز	ویژگی های مورد ارزیابی	عنصر
۶-۰		
۶	۱. نام نویسندگان بعد از عنوان موضوع ذکر شده است.	ارائه نویسندگان
۶	۲. مشخصات نویسندگان بعد از نام آنها آورده شده است.	
۶	۳. مرتبه های علمی و نویسنده مسئول مشخص شده است.	
۶	۴. آدرس و مشخصات نویسنده مسئول برای پاسخگویی ذکر شده است.	
۲۴	جمع امتیازات حاصل از نقد	

ویژگی های مورد ارزیابی

امتیاز	
۶-۰	
۶	۱. چکیده تصویر روشنی از محتوای مقاله را ترسیم می کند.
۶	۲. هدف و اهمیت کلی و قلمرو تحقیق مشخص شده است.
۵	۳. روش تحقیق و گردآوری داده ها و تجزیه و تحلیل نتایج بیان شده است.
۴	۴. چکیده به صورت کوتاه و خلاصه و جامع به ارائه مطالب پرداخته است.
۴	۵. جامعه و نمونه و روش نمونه گیری بیان شده است.
۲	۶. چکیده خواننده را برای مطالعه متن مقاله ترغیب می کند.
۴	۷. فرمول و علائم ویژه، بیان نشده است.
۵	۸. پژوهشگر به قضاوت شخصی در مورد نتایج تحقیق نپرداخته است.
۳۶	جمع امتیازات حاصل از نقد

عنصر	ویژگی های مورد ارزیابی	امتیاز
کلید واژه ها	۱. کلید واژه ها ارتباط موضوعی لازم با محتوای مقاله را دارند.	۴
	۲. تعداد استاندارد کلید واژه ها رعایت شده است.	۵
	۳. کلید واژگان بر اساس بیشترین و نزدیک ترین رابطه معنایی با محتوای مقاله انتخاب شده اند.	۴
	۴. از تکرار کلید واژگان، پرهیز شده است.	۶
	جمع امتیازات حاصل از نقد	۱۹

عنصر	ویژگی های مورد ارزیابی		امتیاز
بیان مسئله	۱. مسئله اصلی مقاله به روشنی بیان شده است.	۴	۶-۰
	۲. اهمیت و ضرورت انجام تحقیق بیان شده است.	۳	
	۳. اهداف آن از نظر کاربردی و بنیادی بیان شده است.	۲	
	۴. سوابق پژوهشی استفاده شده با موضوع در ارتباط مستقیم است.	۱	
	۵. اهمیت مسئله در حدی هست که نیاز به ارائه مقاله مستقل باشد.	۰	
	۶. در بیان مسئله روانی و صراحت لازم لحاظ شده است.	۰	
	۷. حدود و ابعاد و جوانب مسئله به روشنی بیان شده است.	۰	
	جمع امتیازات حاصل از نقد		۱۰

عناصر	ویژگی های مورد ارزیابی	امتیاز
اهداف	۱. هدف مقاله به روشنی توصیف و تبیین شده است.	۴
	۲. هدف مقاله متناسب با بیان مسئله تدوین شده است.	۴
	۳. خواننده بدون دشواری می تواند هدف مقاله را در متن اصلی بیابد.	۴
	۴. در پایان مقاله نویسنده به اهدافی که در مقدمه آمده، رسیده است.	۴
	جمع امتیازات حاصل از نقد	۱۶

امتیاز	ویژگی های مورد ارزیابی	عنصر
۶-۰		
۳	۱. پیوند موضوع مقاله با سابقه پژوهشی آن به روشنی ترسیم شده است.	پیشینه تحقیق
۳	۲. پیشینه تحقیق در تدوین گزاره های تحقیق موثر بوده است.	
۳	۳. پیشینه تحقیق در بیان مسئله و محدود سازی آن موثر بوده است.	
۳	۴. ساختار گزارش پیشینه (مقدمه و نقد تحقیقات قبلی و خلاصه) رعایت شده است.	
۳	۵. تا چه اندازه رو یکرد نویسنده در تدوین پیشینه پژوهش تحلیلی است؟	
۳	۶. تا چه حد خواننده می تواند با منابع مرتبط با موضوع از طریق مقاله آشنا شود؟	
۴	۷. محدوده زمانی مورد بررسی مشخص شده است.	
۲۲	جمع امتیازات حاصل از نقد	

عناصر		ویژگی های مورد ارزیابی	امتیاز
فرضیه و سوال	۱. پرسش های پژوهش به روشنی در مقاله ذکر شده اند.	♦	۶-۰
	۲. پرسش ها به صورت جهت دار بیان نشده اند.	♦	
	۳. فرضیه ها روشن، بدون ابهام و آزمون پذیرند.	♦	
	۴. رابطه بین متغیرها در فرضیه ها به صورت جهت دار بیان شده اند.	♦	
	۵. پاسخ پرسش های تحقیق در نتیجه داده شده است.	♦	
	۶. در نتیجه گیری فرضیه ها ابطال یا اثبات نشده اند.	♦	
	۷. فرضیه ها براساس شیوه های صحیح فرضیه نویسی تنظیم شده اند.	♦	
	۸. پرسش ها و فرضیه ها بر اساس پیشینه تحقیق تدوین شده اند.	♦	
	۹. سوال و فرضیه بعد از بررسی پیشینه آورده شده اند.	♦	
	جمع امتیازات حاصل از نقد		♦

امتیاز

۶-۰

ویژگی های مورد ارزیابی

عنصر

فرضیه و سوال

۱. پرسش های پژوهش به روشنی در مقاله ذکر شده اند.

۲. پرسش ها به صورت جهت دار بیان نشده اند.

۳. فرضیه ها روشن، بدون ابهام و آزمون پذیرند.

۴. رابطه بین متغیرها در فرضیه ها به صورت جهت دار بیان شده اند.

۵. پاسخ پرسش های تحقیق در نتیجه داده شده است.

۶. در نتیجه گیری فرضیه ها ابطال یا اثبات نشده اند.

۷. فرضیه ها براساس شیوه های صحیح فرضیه نویسی تنظیم شده اند.

۸. پرسش ها و فرضیه ها بر اساس پیشینه تحقیق تدوین شده اند.

۹. سوال و فرضیه بعد از بررسی پیشینه آورده شده اند.

جمع امتیازات حاصل از نقد

امتیاز	ویژگی های مورد ارزیابی	عنصر
۶-۰	<p>۱. آیا روش تحقیق به روشنی تبیین و توصیف شده است؟</p> <p>۲. آیا دلایل انتخاب روش مورد استفاده ذکر شده است؟</p> <p>۳. آیا تناسب کارایی روش مورد استفاده با اهداف پژوهش ذکر شده است؟</p> <p>۴. آیا دلایل عدم انتخاب سایر روشهای مشابه ذکر شده است؟</p> <p>۵. آیا ابزار گردآوری داده ها و روش تحلیل آنها به روشنی معرفی شده اند؟</p> <p>۶. آیا مزایا و معایب ابزار بکارگرفته شده به دقت تشریح شده است؟</p> <p>۷. آیا نمونه هایی از کاربرد این ابزار در سایر پژوهش ها ذکر شده است؟</p> <p>۸. آیا متغیر های مورد استفاده در تحقیق تعریف شده اند؟</p>	روش شناسی و و روش های تجزیه و تحلیل اطلاعات و مفاهیم
۱۲	جمع امتیازات حاصل از نقد	

عنصر	ویژگی های مورد ارزیابی	امتیاز
جامعه و نمونه	۱. جامعه آماری مورد مطالعه و ویژگی های آن به دقت معرفی شده است.	۵
	۲. دلایل انتخاب جامعه پژوهش و ارتباط آن با هدف مقاله ذکر شده است.	۳
	۳. شیوه نمونه گیری و دلایل انتخاب این شیوه به روشنی تشریح شده است.	۳
	۴. چگونگی تعمیم بخشی نتایج حاصل از نمونه به جامعه تبیین شده است.	۰
	جمع امتیازات حاصل از نقد	۱۱

عناصر	ویژگی های مورد ارزیابی	امتیاز
یافته ها و نتایج آزمون فرضیه ها	۱. آیا نتایج و یافته های پژوهش به روشنی توصیف و تبیین شده اند؟	۶-۰
	۲. آیا نمودارها و جدول های ارائه شده در بخش نتایج گویا و روشن هستند؟	۴
	۳. آیا یافته های مقاله متناسب با پرسش ها و فرضیه های مقاله است؟	۰
	۴. آیا یافته های مقاله هدف های اولیه مقاله را تأمین می کند؟	۴
	۵. آیا پس از توصیف نتایج سهم کافی به تحلیل آنها اختصاص داده شده است؟	۳
جمع امتیازات حاصل از نقد		۱۵



با تشکر از توجه شما

1/22/2017

33